

# 健康づくり事業所・講習会・申込書 健康相談・報告書

一般財団法人 沖縄県社会保険協会長 殿

次のとおり、健康づくり講習会の申込・報告をいたします。

希 望 事 項 〔希望される番号及び項目〕 に○印してください。	1. 保健師による健康講演 2. 管理栄養士による食生活等についての講習会 3. 健康運動指導士による講習会及び実技講習 4. 保健師による健康相談 5. その他		
講習の方法(会議・研修会等)			
講習内容又は演題等			
実 施 日 時	令和 年 月 日 ( 曜日)		
	時 分 ~ 時 分		
実 施 場 所	施 設 名		
	電 話 番 号		
受 講 者 数		受 講 者 数 ( 予 定 )	受 講 者 数 ( 結 果 )
	男	名	名
	女	名	名
	計	名	名
講 師 氏 名 〔講師の指定もできます。 その際は、ご連絡先も 記入ください。〕	氏 名		
	住 所 ( 自 宅 )	〒	
	連絡先(電話番号)		

※講師の確保・調整のため、1ヶ月前までにお申し込み(事前にFAX)ください。

また、お申し込みの際には、実施場所(職場または施設)の見取り図を添えてください。

健康保険事業所記号

	-		-	
--	---	--	---	--

所 在 地 〒

事 業 所 名

印

代 表 者 名

電 話 番 号

メールアドレス 又  
は F A X

申込担当者名

印